

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o 357

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger LESGUILLONS

Né le 23 mai 1909, à Remy (Oise)

Les Injections locales

de Sang et de Novocaïne dans le traitement

des

**Eczémas et des Lichénifications
circonscrits**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger LESGUILLONS

Né le 23 mai 1909, à Remy (Oise)

**Les Injections locales
de Sang et de Novocaïne dans le traitement
des**

**Eczémas et des Lichénifications
circonscrits**

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BÜSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			

MM.	
ÉCALLE	Clinique obstétricale
GUÉNIOT.	
LE LORIER.	
LÉVY-SOLAL.	
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS

A M. LE PROFESSEUR LOEPER

Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Pour le grand honneur qu'il nous a fait
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR LAUBRY

Commandeur de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Broussais

En témoignage de ma profonde et respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR TZANCK

Médecin de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a permis de recueillir des
observations dans le service.*

AU DOCTEUR DELORT

Médecin de l'Hôpital Saint-Michel
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

AU DOCTEUR SERRAND

Electro-radiologiste des Hôpitaux de Paris
Ancien interne des Hôpitaux

Les Injections locales de Sang et de Novocaïne dans le traitement
des
Eczémas et des Lichénifications circonscrits

Introduction

La question de l'eczéma pose un problème perpétuellement à l'ordre du jour de la pratique médicale courante. Par sa fréquence et son allure récidivante, cette dermatose fait le désespoir des malades qui en sont atteints et, malgré la multiplicité des agents médicamenteux proposés, il est indéniable qu'il place encore souvent, même de nos jours, le médecin devant une difficulté thérapeutique particulièrement ardue.

Il est effectivement malaisé d'attaquer l'eczéma à sa cause et de faire, avec certitude, un traitement causal, hormis peut-être les cas où une substance, ou un petit nombre de substances paraissent nettement présider à son apparition, et où le veto absolu et définitif prononcé à l'égard des corps en question pourra constituer un traitement logique, mais encore pas toujours facile à réaliser. Des difficultés nombreuses d'ordre individuel ou social, peuvent en effet, rendre sa mise en œuvre difficile ou même irréalisable.

Les autres méthodes proposées, extrêmement nom-

breuses, ont connu des fortunes diverses, selon les « modes dermatologiques » qui leur ont donné naissance. La question de l'eczéma constitue, en effet, un des chapitres le plus souvent remanié de la dermatologie. Nous pouvons même dire qu'en dehors du nom même de l'eczéma qui signifie éruption, peu de notions concernant son histoire ont connu une existence bien prolongée.

Pour nos classiques, avec BESNIER, l'eczéma est une entité morbide principalement définie par l'aspect clinique, malgré la variabilité désespérante de sa symptomatologie. Pour parer à cette difficulté, ils en font une « affection cutanée souvent mieux caractérisée par son évolution que par ses symptômes ».

Vers 1885, avec UNNA (de Hambourg), on s'efforce de lui donner un substratum histologique immuable, trouvé dans l'état spongoïde, critère qui, malgré la découverte de la même formule histologique dans d'autres lésions cutanées, garde, même de nos jours, toute sa valeur.

Sous l'influence des idées pasteurienues, exprimées dans les rapports du Congrès de Paris, on le considère, vers 1900, comme une dermatose bactérienne et on place tout espoir dans le traitement antiseptique qui, peu de temps après, s'avère souvent inefficace et parfois nuisible.

Aussi, au Congrès de Strasbourg en 1926, la théorie microbienne est complètement abandonnée et le rapport de RAVAUT nous le présente comme une expression particulière de l'anaphylaxie.

De nos jours, l'accord est loin d'être fait et ce qui est une toxicodermie pour JADASSOHN, est une éruption vésiculeuse traduisant la spongieuse épidermique pour DARIER, une dermo-épidermite de cause inconnue pour SABOURAUD.

Les discussions qu'a pu susciter l'histoire des névrodermites ne nous offre plus guère d'acquisitions définitives. Si presque tous les auteurs sont d'accord sur l'importance, dans sa genèse, du facteur mécanique qu'est le grattage, personne ne nous dit pourquoi tous les sujets qui se grattent n'en présentent pas. Ici encore, il semble, pour BROcq et DARIER que les traumatismes répétés du grattage ne jouent d'autre rôle que celui de détecteurs d'un état mystérieux, au même titre que certaines substances l'étaient de l'état eczémateux.

Loin est de nous l'intention de vouloir prendre position dans ce litige. Depuis bien longtemps, on soigne l'eczéma et souvent avec un résultat heureux, sans en connaître exactement la nature. Le seul fait de ne pouvoir satisfaire à toutes les exigences d'une logique sévère n'a jamais empêché une médication d'être efficace et, en décrivant une méthode qui dans le service de M. TZANCK nous a souvent donné de bons résultats, nous n'avons ni la prétention d'en tirer des conclusions définitives quant à la pathogénie, ni d'offrir une panacée *nec plus ultra*. Nous dirons tout au plus qu'à côté de quelques cas où la méthode proposée a manifestement échoué, nous pouvons pré-

senter un nombre assez encourageant de résultats favorables. En plus de l'eczéma circonscrit simple, les injections « sous-lésionnelles » de sang et novocaïne nous ont souvent permis d'obtenir de réelles améliorations dans le traitement des lichénifications circonscrites.

Etat actuel du traitement de l'eczéma et de la lichénification circonscrits.

Traiter l'eczéma, considéré en tant qu'une réaction d'intolérance de la peau, consiste à s'adresser à un des facteurs qui ont créé la lésion. Pour DARIER et TZANCK le nombre de ces facteurs pourrait se ramener à trois :

1^o L'agent responsable, véritable agent causal de la réaction. Extrêmement variables, ces substances sont différentes suivant les individus. Tantôt uniques, constituant alors une véritable pierre de touche de l'état pathologique, tantôt plus ou moins nombreux chez le même sujet, ces corps sont loin d'être forcément toxiques (1); au contraire, ni la nature physique, ni la composition chimique ne permettent, à elles seules, de prévoir l'effet déclenché;

2^o L'organisme sensible qui subit la réaction en question; dans deux mots qui ont un sens, malgré leur manque de précision : le terrain;

1. En parlant de toxicité, nous avons présente à l'esprit la définition d'Hugonienq: « Le poison est une substance chimique définie qui, introduite dans l'organisme, agit proportionnellement à la masse et y occasionne des désordres pouvant entraîner la mort. »

3° Le mécanisme latent qui enchaîne la cause à l'effet et qui fait naître cet état spécial qu'est la sensibilité. Ce qui permet de mieux caractériser cet état est le fait qu'il n'existe pas chez tous les sujets et que, même chez l'individu qui le présente, il n'a pas toujours existé.

En tenant compte de ces trois facteurs dont la concordance crée l'eczéma, le traitement pourra être :

causal, supprimant l'agent responsable,
local,
désensibilisant.

Le traitement causal qui n'est autre que l'abstention n'est malheureusement, malgré son apparente simplicité, pas toujours applicable. Tel est le cas quand, de nature alimentaire, l'agent causal se trouve être un corps de première importance dont la suppression oblige le malade à suivre un régime difficile à réaliser ou particulièrement pénible. Tel est encore le cas de l'ouvrier qui est obligé, de par sa profession même, de manipuler une substance dont l'usage s'y attache étroitement et qu'il ne pourrait abandonner qu'en changeant de métier.

Le traitement local, le premier en date, met en œuvre un nombre très élevé de substances médicamenteuses, dont l'énumération seule emplirait des pages. Les divers médicaments proposés cherchent généralement :

- à protéger la région cutanée atteinte en la maintenant au repos ;
- à déterger, à nettoyer la surface malade ;
- à guérir ou à empêcher l'infection locale.

Le traitement par désensibilisation :

- soit par désensibilisation spécifique grâce à l'introduction à doses croissantes de l'agent causal (cuti-réaction, intra-dermo-réaction, action transépidermique, voie hypodermique ou digestive) ;
- soit par désensibilisation non spécifique.

Cet effet peut être obtenu par la médication chimique, comme dans la méthode de LEBEDEL qui consiste dans l'injection intraveineuse de bromure de sodium à 10 %. Souvent un effet comparable pourra être obtenu par l'injection d'une simple solution de chlorure de sodium, d'hyposulfite de soude, d'eau d'Uriage ou de Bourboule.

Actuellement, on tend de plus en plus à substituer à la médication chimique une thérapeutique biologique et à utiliser les injections de sang (auto- et hétéro-hémothérapie, hémolysothérapie) ou d'urines (auto-ourothérapie JAUSION).

Ces diverses méthodes donnent assez souvent de bons résultats, mais qui sont loin d'être constants.

Considérant le rôle important que semble jouer l'appareil endocrino-végétatif dans la constitution de l'état de sensibilisation, nombreux sont les auteurs

qui, depuis les travaux de Léopold LÉVY, s'adressent à l'opothérapie. L'extrait thyroïdien, surrénal, hypophysaire, les glandes génitales, les extraits thymiques, pancréatiques, spléniques et hépatiques ont été tour à tour préconisés avec des fortunes diverses.

Ajoutons, enfin, les agents physiques, impossibles à faire entrer dans une des catégories citées et dont certains, comme la radiothérapie, possèdent une efficacité indiscutable.

Quant aux névrodermites circonscrites, souvent si rebelles, on a également proposé des médications multiples. Des pâtes, colles, pommades et lotions de toutes sortes à base d'oxyde de zinc, de goudron, d'acide salicylique, chrysophanique, pyrogallique, les badigeonnages à l'alcool iodé, les scarifications et la douche filiforme ont leurs partisans, de même que les divers agents physiothérapiques comme l'ionisation avec la solution de nitrate d'aconitine, les rayons ultra-violets, les courants à haute fréquence, la radio et la radiumthérapie.

Les injections locales

Le traitement des lichenifications circonscrites par injections locales a été institué primitivement dans le dessein de calmer le prurit, grande cause occasionnelle des neurodermites. MONTAGUE (de New-York) injecte en 1922 une solution anesthésiante en plein territoire prurigineux et observe, après une amélioration notable des phénomènes subjectifs, rapidement obtenue, la guérison progressive des lichenifications. Pour cet auteur, l'effet observé aurait même une véritable valeur diagnostique quant à l'étiologie des prurits, sa méthode ne donnant de réelles améliorations que dans les prurits qui reconnaissent comme cause une atteinte de l'appareil nerveux périphérique. WILNER observe les mêmes effets heureux avec la solution de novocaïne. SIEBURG s'adresse particulièrement au prurit ano-vulvaire en injectant une solution de sérum physiologique, mais sans grand résultat. HAWEY STONE conseille les injections d'alcool. L'alcool, de même que la solution de quinine urée, utilisée par MOORER, ne doivent être injectés qu'après anesthésie préalable de la région par la novocaïne, et

pour O. BERGER, les améliorations enregistrées s'expliqueraient bien plus par l'anesthésie préalable que par l'injection définitive.

En France, dans le même ordre d'idées, SICARD injecte de l'oxygène qui paraît peu actif, puis du lipiodol qui donne des résultats plus favorables. VIGNES observe des effets heureux après injection de chlorhydrate de quinine et d'urée, mais, en raison du pouvoir de diffusion peu élevé de ce corps, il est indispensable d'infiltrer chaque parcelle de la région traitée si l'on veut éviter les échecs.

M. HAMBURGER, en 1931, institue les injections du propre sang du malade au niveau des placards eczémateux et des névrodermites circonscrites. Cette méthode ne représente qu'un moyen terme entre le traitement local et le traitement par désensibilisation générale, et, les deux ayant déjà donné leurs preuves, il paraissait logique de les associer.

HAMBURGER aspire, par ponction veineuse, quelques centimètres cubes de sang rendu incoagulable primitivement par addition de citrate de soude, puis cette substance s'étant avérée douloureuse à l'injection, en lui substituant la lubrification de la seringue par quelques gouttes d'huile de paraffine stérilisée. Pour cet auteur, le choix de la substance médicamenteuse ne constituerait qu'une question accessoire. Il obtient le même effet en injectant le sang du malade, le sang d'un autre sujet, ou du sérum physiologique. Les injections ne sont pas à proprement parler lésionnelles, il les pratique autour de la surface

eczémateuse, à une certaine distance des bords du placard.

L'effet de cette thérapeutique se manifeste d'une manière très rapide : le lendemain, et, souvent le jour même de l'injection, le prurit s'atténue et cesse même bientôt complètement. L'auteur note, d'autre part, l'extension de l'action, avec amélioration des phénomènes subjectifs sur un territoire qui dépasse largement la zone injectée. Après quelques séances, HAMBURGER observe une action favorable sur l'aspect clinique de la lésion, avec décoloration progressive du placard eczémateux, s'accroissant de la périphérie vers le centre, la diminution de l'infiltration, en même temps que la peau récupère son ancienne souplesse.

Cette méthode a donné des résultats heureux comparables dans les mains de LOUSTE et LÉVY-FRANCKEL qui préconisent l'infiltration sous-lésionnelle du tissu cellulaire sous-cutané par une solution de sérum physiologique à 7 ‰. Ils notent le peu d'importance de la quantité injectée, une petite quantité (1 cmc.) permettant d'obtenir le même résultat qu'une dose quinze fois plus élevée.

La méthode de ces auteurs, exposée dans la thèse de TRUONG van VINH, comporte une série de séances de 2 à 3 injections locales simultanées de 1 à 3 cmc. de sérum physiologique, faites de préférence au niveau du siège maximum de lichenification ou de prurit. Un repos de 2 à 4 jours est intercalé entre deux séances. Ils infiltrent progressivement toute la

plaque prurigineuse partant d'un point du bord de la plaque et tendant à l'encercler dans une couronne de points assez rapprochés l'un de l'autre. Les améliorations ne surviennent habituellement qu'après la 5^e ou la 12^e séance. Cependant que l'eczéma papulo-vésiculeux cède généralement bien aux injections de sérum physiologique, elles ne paraissent pas avoir d'effet réel sur la dyshidrose.

POUR LÉVY-FRANCKEL et TRUONG van VINH, le sérum physiologique n'agirait autrement qu'en distendant les téguments. Ils obtiennent des effets superposables en substituant l'eau distillée stérile à la solution salée, mais l'eau distillée est peu recommandable en raison de la douleur vive que provoque son injection.

TZANCK, BERGER et SIDI soignaient au début leurs eczémateux par des injections de novocaïne faites dans la profondeur de la plaque. Ils observent alors une atténuation précoce des manifestations subjectives et une amélioration marquée en ce qui concerne les lésions qui ne relèvent que du prurit. Mais les injections de novocaïne seule ne suffisent généralement pas à guérir l'eczéma et ne paraissent trouver leur véritable indication que dans le traitement des prurits localisés non eczémateux. Aussi les auteurs adoptent un mélange du propre sang du malade et de novocaïne, dont l'injection locale influence d'une façon généralement très favorable l'eczéma circonscrit dans sa forme habituelle.

Cette méthode ne doit pas être appliquée dans les eczémas non étendus ou secondairement infectés, ni

dans les cas qui existent avec de la furonculose des régions voisines, ou de pyodermite.

L'association de la novocaïne à l'auto-hémothérapie locale rend cette dernière absolument indolore, résultat qu'on appréciera particulièrement quand il s'agira d'infiltrer les régions à grande densité tissulaire, comme par exemple celles des poignets ou du dos de la main.

On utilise une solution de novocaïne à 5 %o dont on n'injectera pas plus de 5 à 10 cmc. dans une même séance. Nous avons même rarement eu besoin d'injecter plus de 5 cmc. à la fois.

Technique.

La technique que nous avons utilisée d'après TZANCK, BERGER et SIDI est d'une très grande simplicité.

Pour obtenir le mélange novocaïne-sang, on peut commencer indifféremment par aspirer le sang après désinfection habituelle des téguments, puis la solution de novocaïne, ou inversement. Dans les cas où la fonction veineuse paraît malaisée, il est pourtant préférable de commencer par elle, pour éviter de répandre, par mégarde, quelques centimètres cubes de novocaïne dans le tissu périveineux, ce qui pourrait avoir pour effet de rendre l'abord de la veine encore plus difficile. On voit par contre l'avantage que le procédé inverse peut présenter chez les malades particulièrement pusillanimes. Nous aspirons ainsi 5 cmc. de sang et une quantité égale de novocaïne dans la seringue, où le mélange des deux liquides s'effectue automatiquement par l'aspiration.

On désinfecte alors la surface et le pourtour de la lésion cutanée avec de la teinture d'iode, de l'alcool ou de l'éther. On enfonce l'aiguille, qu'on choisira d'une longueur suffisante, à 1 ou 2 cm. de la périphérie de

la plaque, très oblique, presque parallèlement aux téguments, la pointe de l'aiguille dirigée vers le centre de la lésion. Quand la libre mobilité de la pointe indique à l'opérateur que l'aiguille est bien dans le tissu cellulaire sous-cutané, il injecte le premier centimètre cube du mélange, puis, profitant de l'anesthésie presque instantanément obtenue, il avance, toujours parallèlement à la surface cutanée et se dirigeant vers le centre de la plaque, pour injecter progressivement tout le contenu de la seringue.

Les quantités que nous avons respectivement indiquées pour le sang et la novocaïne ne peuvent avoir qu'une signification approximative. Pour traiter une plaque circonscrite de petites dimensions, une quantité bien moindre peut suffire, et, de même, pour infiltrer une région particulièrement dense, on devra souvent se contenter de n'injecter que quelques centimètres cubes.

Résultats.

Les injections sous-lésionnelles ne doivent être faites, à notre avis, que dans les formes circonscrites d'eczémas et de névrodermites. Jamais nous n'avons pu obtenir, pour notre part, d'amélioration indiscutable en essayant de traiter les formes généralisées et nous tendons, de plus en plus, à ne considérer cette méthode que comme une thérapeutique locale à action strictement limitée.

L'injection terminée, le prurit cesse presque immédiatement ; les malades accusent parfois des sensations spéciales au niveau du territoire infiltré, ne traduisant pas la perception de fourmillement ou d'engourdissement. La cessation précoce du prurit semble être nettement subordonnée à l'action de l'anesthésie locale. Quelques malades ont signalé sa réapparition quelques heures après l'injection, puis sa sédation parfois définitive dans les douze heures qui ont suivi la séance.

Nous pratiquons ces injections à deux ou trois jours d'intervalle, en évitant les interruptions trop prolongées. Grâce à la cessation rapide et pratiquement constante, sinon définitive, des manifestations subjectives dès la première séance, les malades se soumettent d'ailleurs volontiers à cette thérapeutique.

Nous n'avons encore pu constater d'accidents de quelque importance.

Dans les cas qui paraissent devoir être favorablement influencés, l'amélioration de l'aspect physique de la lésion est évidente après les deux ou trois premières injections. On constate alors la décoloration progressive de la plaque dont les bords, plus pâles que le centre, perdent leur limite nette, s'estompent et montrent une véritable zone de transition entre la périphérie saine et le reste du placard.

Bientôt le processus de vésiculation se ralentit, puis cesse, les croûtes tombent, en même temps que l'infiltration diminue. Les téguments récupèrent ainsi petit à petit leur coloration normale et redeviennent lisses et souples. En pratique on n'aura pas à dépasser le nombre de 4-6 injections.

L'amélioration ainsi obtenue ne se manifeste généralement qu'au niveau des régions traitées. Rarement nos malades porteurs de deux ou de plusieurs placards d'eczéma circonscrit, éloignés les uns des autres, ont enregistré des améliorations à distance et, même dans ces cas, les résultats obtenus ont été nettement insuffisants ou se sont avérés peu durables. Par contre, nous avons fréquemment pu constater la diffusion de l'effet thérapeutique au niveau du même placard, dont les zones non encore injectées dénotaient un processus de réparation manifeste. Ainsi, comme HAMBURGER, nous avons pu voir céder l'eczéma des doigts à la suite d'injections pratiquées au niveau du dos de la main.

Observations

OBSERVATION n° I

Mme B... Marie, 48 ans, vient consulter à l'hôpital Broca le 20 octobre 1933. Elle présente depuis 20 ans des plaques d'eczéma siégeant aux deux mains. Extrêmement prurigineuses, les lésions prédominent surtout à la face antérieure des deux poignets.

A l'examen, on constate la présence, au niveau des régions indiquées, de placards d'eczéma croûteux, lichénifiés par endroits avec épaissement de la peau à leur niveau.

A la suite de contact avec l'eau et au moment des menstrues, la malade a observé des exacerbations très nettes.

On injecte au niveau des placards eczémateux un mélange de 5 cmc. de novocaïne et de la même quantité de sang.

L'amélioration observée à la suite de cette première injection s'accroît encore au cours des 3 injections suivantes, le prurit ayant rétrogradé après la 2^e, malgré des contacts répétés et prolongés avec l'eau.

Coincitant avec la période cataméniale, quelques vésicules apparaissent le 7 novembre, accompagnées d'un

léger prurit, hors de proportion d'avec les poussées très importantes et particulièrement prurigineuses que la malade présentait au moment des règles avant que le traitement soit institué.

Le 21 novembre, après la 6^e injection, les lésions ont entièrement régressé et l'amélioration obtenue persiste depuis.

OBSERVATION n° II

Mme D... Joséphine, 57 ans, présente le 14 novembre 1933 un placard d'eczéma étendu des dimensions d'une petite paume de main, infiltré d'une surface suintante, croûteuse, à bords irréguliers, siégeant au niveau de la face postéro-externe de l'avant-bras gauche.

Ce placard persiste depuis deux ans en dépit de toute thérapeutique locale ; tout au plus a-t-on pu obtenir parfois et d'une manière très inconstante, une certaine régression de la partie périphérique, sans amélioration même légère au niveau de la portion centrale.

Toujours prurigineux, ce placard d'eczéma cause un prurit extrêmement pénible dès que la malade met les mains à l'eau.

On pratique immédiatement une injection sous-cutanée de 6 cmc. de novocaïne mélangée à 4 cmc. de sang.

Revue le 21 novembre, la malade constate une amélioration très sensible en ce qui concerne le prurit. A l'examen, on note une diminution marquée de la rougeur et de l'infiltration du placard, avec persistance de quelques éléments papuleux.

On pratique une 2^e injection analogue à la première.

L'amélioration s'accroît et après la 4^e injection le prurit est complètement supprimé. A l'examen, on constate une diminution marquée, avec décoloration du placard eczémateux, sans toutefois qu'on puisse parler de disparition complète.

OBSERVATION n° III

Mme V... Yvonne, consulte le 9 octobre 1933 pour une éruption eczémateuse de la partie droite de l'abdomen, apparue depuis trois mois.

A l'examen, on constate l'existence d'un placard d'eczéma étendu et très prurigineux.

Divers traitements locaux ont été tentés sans succès.

L'auto-hémothérapie, récemment essayée n'a donné aucune amélioration appréciable.

On fait une première injection de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang.

Revue le 14 octobre, la malade nous apprend que le prurit a été instantanément calmé par la première injection. A l'examen, nous notons une diminution marquée de la rougeur.

On fait une 2^e injection, analogue à la 1^{re}.

Le 19 octobre, disparition complète du prurit.

Le 29 octobre, après la 4^e injection, l'amélioration subjective persiste et on note la disparition complète du placard eczémateux. L'amélioration persiste depuis cette époque.

OBSERVATION n° IV

Mlle H... Marcelle, 50 ans, vient consulter à l'Hôpital Broca le 30 septembre 1933 pour de l'eczéma de la région périnéale apparu il y a trois mois, avec prurit ano-vulvaire intense provoquant l'insomnie.

Elle a quelques pertes blanches, pas d'hémorroïdes, pas de vers intestinaux.

Les divers traitements locaux essayés, sous forme de solutions, de poudres et de pommades, n'ont donné aucune amélioration.

Localement, on constate des lésions d'eczéma suintant, avec muqueuses lichénifiées par endroits.

On fait, le 30 septembre, une première injection de 10 cmc. de novocaïne au niveau de la région périvulvaire. Par la suite, 3 nouvelles injections sont pratiquées à 8 jours d'intervalle.

Le 27 octobre, la malade signale une diminution très nette des démangeaisons. A l'examen on constate une grosse amélioration de l'eczéma péri-anal.

Le 7 novembre, la guérison du prurit est complète et on ne constate plus aucune lésion des muqueuses.

Revue le 21 novembre, l'amélioration se maintient et la malade se considère guérie.

OBSERVATION n° V

Mme J. D..., 47 ans, vue le 4 octobre 1933. Elle présente depuis 4 ans des lésions d'eczéma lichénifiées avec

des placards isolés, siégeant au niveau des mains et des avant-bras.

Une série de 12 injections d'auto-hémothérapie, récemment pratiquée, n'a déterminé aucune amélioration.

Le 4 octobre, première injection de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang au niveau de l'avant-bras droit.

Le 12 octobre, diminution notable du prurit dans la région injectée, avec régression marquée, mais non totale, de la lichénification.

On continue l'infiltration des différents placards par injections analogues à la première et espacées de huit jours en huit jours.

Le 31 octobre, les lésions sur l'avant-bras, de même que celles des mains, ont presque disparu.

Le 7 novembre, au moment des règles, de rares éléments vésiculeux apparaissent au niveau des deux avant-bras.

Le 14 novembre, les lésions disparaissent, la peau s'assouplit au niveau des poignets et la malade se considère comme guérie.

OBSERVATION n° VI

Mme C... Jeanne, 39 ans, vient consulter le 7 septembre 1933 pour de l'eczéma des deux mains et des avant-bras, apparu il y a trois mois.

Au niveau de la face dorsale de la main droite et empiétant à l'avant-bras, on constate de l'eczéma érythémato-squameux suintant, avec vésicules et croûtes jaunes.

nâtres très prurigineuses. Disposition en plaques de deux à trois centimètres de diamètre.

A gauche, éléments moins étendus, mais présentant de petites pustules.

Le contact de l'eau provoque des exacerbations très marquées du prurit.

Nous tentons d'abord un traitement local superficiel avec de la vaseline salicylée et de l'alcool iodé.

Le 20 septembre, on constate une amélioration légère en ce qui concerne l'aspect des éléments, mais aucune modification quant aux symptômes subjectifs.

Nous pratiquons ce jour une injection de 10 cmc. de novocaïne seule aux deux côtés.

Le 25 septembre, aucune amélioration du prurit, diminution de la rougeur.

Nouvelle injection de novocaïne seule, analogue à la première.

Le 29 septembre, cessation du prurit, amélioration locale importante. Injection de chaque côté de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang.

Le 4 octobre, la malade se considère comme remarquablement améliorée, le prurit a cessé ; à l'examen, on trouve des plaques sèches, l'infiltration a notablement diminué. Nouvelle injection de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang du côté droit.

Le 16 octobre, l'amélioration persiste au niveau de la main droite. Mais au niveau de la main gauche, coïncidant avec les règles, survenues depuis hier, le prurit réapparaît, en même temps que quelques éléments d'eczéma.

Le 27 novembre, petite poussée d'eczéma prurigineux des deux côtés. Injection bilatérale de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang.

Le 5 décembre, grosse poussée d'eczéma au niveau des deux mains. Insuccès manifeste de la thérapeutique.

OBSERVATION n° VII

F... Juliette est vue à la consultation le 10 juin 1933. Elle souffre d'eczéma très prurigineux depuis début 1931, siégeant au niveau du genou droit. Plusieurs agents thérapeutiques locaux ont été vainement employés depuis deux ans.

A l'examen, on constate l'existence d'un placard kératosique des dimensions d'une pièce de 2 francs, à la face interne du genou droit.

Traitement externe par dermacide.

Le 21 juillet, résultat peu marqué, le prurit ayant légèrement rétrocedé, sans modification cliniquement constatable.

On prescrit une série d'auto-hémothérapie suivant la technique classique et on y associe de l'extrait orchitique.

Revue le 15 octobre. Après une légère amélioration au début du traitement, la malade se présente dans le même état qu'à notre premier examen.

Nous instituons le traitement par injections locales de 5 cmc. de novocaïne et 5 cmc. de sang.

Après la 4^e injection, le 2 novembre, la malade constate la disparition totale du prurit, en même temps que l'exa-

men physique montre une amélioration notable au niveau des lésions. avec persistance d'un léger érythème.

OBSERVATION n° VIII

L... Julie, 40 ans, se présente à la consultation de l'Hôpital Broca le 17 novembre 1933. Il y a trois ans, apparition de prurit intense au niveau de la face postérieure de la jambe droite, suivi d'un eczéma circonscrit au niveau de la même région. L'eczéma persiste depuis trois ans, extrêmement tenace, ne cédant à aucune des médications locales employées depuis le début.

Grande sensibilité à l'égard de l'eau. Poussées de plus en plus marquées au moment des règles.

Prurit intense, empêchant parfois le sommeil.

A l'examen, placard d'eczéma des dimensions d'une large paume de main. Aspect de névrodermite.

Le 27 novembre, infiltration du placard d'eczéma par 5 cmc. de novocaïne et 5 cmc. de sang.

Le 4 décembre, pas d'amélioration des manifestations prurigineuses, mais les lésions sont nettement en voie de régression. Nouvelle infiltration analogue à la première.

Le 30 janvier 1934, après la 4^e injection, grosse amélioration du prurit et de l'infiltration.

OBSERVATION n° IX

M. H... Emile, 32 ans, vu à l'Hôpital le 10 novembre 1933. Il présente depuis quatre ans des plaques d'eczéma au niveau des deux creux poplités, accompagnées de

prurit intense. Traité par différentes pommades, pansements alcoolisés, eau d'Alibour, aucune amélioration depuis quatre ans.

A l'examen, on trouve au niveau du creux poplité droit une plaque d'eczéma bien limitée, des dimensions d'une paume de main, avec peau épaisse, infiltrée, lichénifiée par endroits. Au niveau du creux poplité gauche, les lésions sont moins marquées.

Le 16 novembre 1933, première injection de 5 cmc. de novocaïne et de 5 cmc. de sang.

Le 21 novembre, amélioration du prurit, légère amélioration à l'examen physique. Nouvelle infiltration des deux plaques.

Le 5 décembre, cessation du prurit. Amélioration locale notable de l'aspect des lésions.

Le 20 décembre, après la 4^e injection, il ne persiste à gauche qu'une légère rougeur, la peau est souple. A droite, amélioration objective moins marquée, mais disparition totale du prurit des deux côtés persistant depuis quinze jours.

OBSERVATION n° X

M. Auguste M..., 52 ans, stérilisateur dans un service de chirurgie générale, présente depuis 6 ans de l'eczéma circonscrit des dos des mains. L'affection procède par poussées, particulièrement accusées pendant la saison froide. Depuis l'apparition de cet eczéma, il n'a connu quelques mois de répit qu'après une cure hydrominérale à la Bourboule. A la suite d'une tentative de désensibilisation par injection d'une substance dont nous n'avons pu

déterminer la nature, il a présenté une réaction locale et générale très violente avec poussée thermique et extension du processus eczémateux sur les téguments des avant-bras et des bras. Par la suite l'affection a évolué comme antérieurement. Il a également essayé d'obtenir une désensibilisation par la médication « per os », notamment par des sels magnésiens, mais sans succès. D'une façon générale, aucune médication n'a pu interrompre l'évolution de sa poussée annuelle qui, commençant par la saison hivernale, ne disparaît qu'avec elle.

Influence très nette de la vapeur d'eau dégagée par les appareils de stérilisation, dont il ne peut, de par sa profession, éviter le maniement. Aucun changement par le port de gants de caoutchouc.

A l'examen, on note au niveau des deux mains l'existence de placards eczémateux, érythémateux et squameux, atteignant les poignets et la partie inférieure des avant-bras. Liquénification par plaques, coexistant avec des lésions de grattage d'origine récente. Prurit très violent, à prédominance nocturne, nette, l'amenant, en raison de l'insomnie consécutive à accepter la thérapeutique proposée.

Le 8 janvier 1935, nous injectons donc, au niveau du dos de la main gauche, 5 cmc. de solution de novocaïne mélangée à la même quantité de sang pris à un autre sujet, le malade présentant des veines qui paraissent d'un abord difficile. Injection assez douloureuse, suivie, environ au bout de dix minutes, de sédation du prurit, compatible avec une nuit tranquille. Le lendemain, la journée se passe sans prurit et les téguments pâlisent légèrement.

Mais l'infiltration des téguments, imputée à l'injection, persiste et produit un certain degré de raideur et de maladresse des mouvements. Cette première infiltration sous-lésionnelle par hétéro-hémothérapie locale novocaïnée dure encore trois jours, s'accompagne même d'hyperthermie locale pour s'atténuer par la suite et disparaître même spontanément le 5^e jour qui suit l'injection.

Le 15 janvier, malgré l'amélioration objective au niveau de la lésion, réapparition du prurit, bien plus léger et fugace qu'avant le traitement. On pratique donc une nouvelle injection analogue à la première, mais en associant, cette fois-ci, le propre sang du malade à la novocaïne. Amélioration comme à la suite de la première piqûre, mais aucun incident local par la suite.

Le 18, sur notre conseil, le malade accepte une nouvelle injection bien que le prurit soit disparu, suivie, le 21 janvier d'une quatrième piqûre. On note, le 26, la réparation intégrale des téguments atteints. Le 28 mars, nous apprenons que le malade n'a pas présenté de nouvelles poussées depuis la dernière injection.

Mécanisme d'action des injections thérapeutiques sous-lésionnelles

Dans l'ignorance presque absolue où nous sommes quant à la pathogénie de l'eczéma, comme des névrodermites d'ailleurs, aucune thérapeutique ne peut, à l'heure actuelle, être considérée comme réellement pathogénique. Néanmoins, si le secret de la cause efficiente de l'eczéma et des lichénifications nous échappe encore, nous connaissons parfaitement l'importance d'un certain nombre de facteurs dont l'association y ajoute une cause d'entretien probable et une cause de complication certaine.

Parmi ces facteurs, le prurit occupe d'une façon indéniable une place de première importance. Le rôle qu'il joue dans l'apparition d'un grand nombre d'eczémas a été clairement mis en évidence par JACQUET, comme il l'a été par BROCC pour les névrodermites. La guérison du prurit sera donc plus qu'une amélioration purement subjective ; elle signifiera très souvent un grand pas dans la voie de la guérison des dermatoses. Or, l'anesthésie locale à la novocaïne donne certainement un des moyens d'action

des plus rapides et des plus efficaces de la thérapeutique antiprurigineuse.

Pourtant, si cette action des injections lésionnelles est d'une grande utilité, elle est loin d'être suffisante à elle seule. De même que tous les malades qui se grattent ne présentent pas forcément des névrodermites, toutes les lichénifications ne guérissent pas par la simple disparition du prurit. Nous avons constaté souvent, d'autre part, le renforcement de l'effet thérapeutique quand nous avons ajouté du sang à la solution de novocaïne. Ce sang, dont le rôle est certainement différent de celui d'un anesthésique local, semble bien agir pour son propre compte. Il nous paraît en effet malaisé de souscrire à l'opinion de LÉVY-FRANCKEL et ses élèves pour qui tout l'effet des injections locales s'expliquerait par une *simple action mécanique*, la distension cutanée. La macération d'une plaque d'eczéma dans une solution légèrement hypotonique quelconque, ou encore mieux l'œdème qui distend les tissus d'un membre variqueux eczématisé par l'afflux leucocytaire, la congestion et l'infiltration qu'il détermine, devraient être dans ce cas des causes d'amélioration de premier ordre.

HAMBURGER, qui ne partage pas non plus la manière de voir des auteurs cités, avance un autre argument, en faisant remarquer que la distension cutanée n'est qu'un effet éminemment passager, se dissipant dans l'heure même qui suit l'injection, tandis que l'amélioration subjective et la réparation physique ne surviennent que d'une manière relativement tardive.

Ajoutons qu'un effet mécanique est proportionnel à la cause qui le détermine et nous comprenons alors mal pourquoi l'injection de 1 cmc. de sérum physiologique donne, dans les mains de LÉVY-FRANCKEL, des résultats superposables à ceux qu'on obtient par injection d'une quantité quinze fois plus élevée.

Remarquons, pourtant, que cette hypothèse cadrerait en apparence assez bien avec une théorie ingénieuse de SABOURAUD qui attribue un rôle important dans la genèse de l'eczéma aux phénomènes osmotiques. Le contact d'une solution hypertonique détermine un appel d'eau, l'exosmose. « L'exosmose qui fait l'eczéma est un processus similaire et qui a peut-être à son origine les mêmes lois de tension osmotique. » Pourtant, même en admettant que cette théorie soit la bonne, elle ne nous permet de mieux pénétrer qu'une partie du problème. Il convient, en effet, de considérer comme définitifs les résultats qui découlent des recherches de LAPICQUE, qui a démontré dans des expériences multiples que la membrane semi-perméable d'une cellule vivante n'obéit jamais parfaitement aux lois de DUTROCHET. Elle a, au contraire, sa perméabilité à elle, perméabilité en réalité élective qui dicte les lois qualitatives et quantitatives de sa propre pression osmotique. SÉZARY attire d'ailleurs l'attention sur la plus grande complexité du problème, reconnaissant comme point de départ du processus eczémateux une modification moléculaire, partant d'un point sensibilisé de l'épiderme et envahissant, en allant de cellule en cellule, tout le territoire

voisin. Pour cet auteur, la doctrine énoncée trouverait une nouvelle preuve dans les résultats des injections sous-lésionnelles.

Pour résumer, paraissent plaider contre l'explication de mécanisme d'action par la simple distension cutanée :

l'absence de proportion quantitative entre la cause et l'effet ;

l'inefficacité et même la nocivité des distensions pathologiques aseptiques ;

les bons résultats des injections de solutions isotoniques, résultats durables, malgré la fugacité de la distension locale.

Il nous semble qu'il convient d'envisager dans l'étude du mode d'action des injections locales trois facteurs :

la voie d'introduction ;

la nature des substances injectées ;

leur action locale et générale.

Le choix de la voie d'introduction est ici certainement d'une importance capitale. Un certain nombre de malades dont nous avons étudié l'observation, ont été, antérieurement à notre traitement, soumis à plusieurs séries d'auto-hémothérapie, sans résultat appréciable, et ont vu leurs lésions guérir après quelques injections locales de sang pur ou novocaïné. Si nous consentons à accorder au sang des vertus thérapeutiques qu'il doit à son simple transport de

la veine dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le muscle, pourquoi lui refuser l'acquisition de nouvelles propriétés curatives par son injection dans la lésion même ? La peau présente d'ailleurs, même à l'état physiologique, un comportement spécial à l'égard des substances injectées et qui acquiert une complexité encore plus grande à l'état pathologique. LUTHLEN a noté au cours d'expériences faites sur l'homme normal et sur l'animal des divergences remarquables selon le lieu et la profondeur de l'injection. Il existe ainsi une différence souvent surprenante entre les effets d'une injection intradermique et d'une injection sous-cutanée. Ce qui paraît en apparence paradoxal, l'injection intradermique agit souvent plus vite que l'introduction sous-cutanée. Pour cet auteur, il s'agirait de quelque chose de plus compliqué que les simples phénomènes physico-chimiques de la résorption, et un mécanisme encore inconnu de nous, mais soumis, selon toute apparence, à l'intervention du parasymphatique, y jouerait un rôle important. Il résulte de ses expériences faites sur le chat et le cobaye anesthésiés, avec respiration artificielle, que l'injection sous-cutanée de 0,1 cmc. de sérum physiologique ne manifeste aucun effet sur le pneumo-gastrique, notamment en ce qui concerne son excitabilité électrique, cependant que la même quantité de cette substance introduite par voie intradermique augmente notablement l'excitabilité faradique en abaissant la choronaxie. Cet effet qui semble constant, se manifeste 2 minutes

après l'injection et persiste pendant 12 à 40 minutes. Or nous savons que, parmi les eczémateux, un grand nombre de sujets présente une irritabilité remarquable du parasympathique. BRILL a expérimentalement vérifié ce fait au cours de plus de 100 épreuves pharmacodynamiques sous le contrôle de la capillaroscopie.

Nous ne pensons pas, avec HAMBURGER, que le choix de la substance injectée soit une question accessoire. Plusieurs de nos malades qui n'ont reçu au début de leur traitement que de la novocaïne pure n'ont signalé aucune amélioration avec ce corps et ont vu leurs lésions guérir quand nous lui avons associé l'auto-hémothérapie locale. Il nous semble que dans l'association médicamenteuse proposée, la novocaïne agit d'abord, en suspendant instantanément le prurit, sans pouvoir affirmer, du reste, que toute son action se borne à cet effet anesthésique. Quant à l'action du sang, dans l'impossibilité absolue où nous sommes d'en expliquer le mécanisme, nous ne pouvons qu'adopter l'enseignement de la clinique qui en montre l'importance. Il est probable que d'autres liquides biologiques comme le sérum, ou l'urine, donneraient également des résultats intéressants en injections locales.

Quelle est l'importance respective de l'action locale et des réactions d'ordre général ? La distinction est extrêmement délicate et si nous devons renoncer à l'établir, nous pouvons nous consoler en remarquant

que la ligne qui les délimite est essentiellement arbitraire et probablement inexistante en réalité.

Pour HAMBURGER, l'effet local est le seul qui importe, l'action générale n'ayant qu'une importance secondaire. Il oppose l'inefficacité de l'auto-homothérapie « générale » aux bons résultats des injections locales de sang. « Il se crée, dit-il, en quelque sorte une immunité locale relativement durable ». Faisons observer que l'usage de l'expression : « immunité locale », dans la question de l'eczéma est loin de simplifier le problème, bien que HAMBURGER s'appuie sur la preuve de l'intégrité ultérieure des territoires traités, avec apparition possible de nouvelles lésions dans d'autres régions des téguments.

Citons l'expérience connue de BRUNO-BLOCH. Cet auteur greffe chez un sujet sain une portion de peau prélevée sur un sujet atteint de trichophytie. A chaque injection de trichophytine faite au porteur de la greffe, on observe une sensibilité spéciale à ce corps, se localisant exclusivement au niveau du fragment de peau étrangère. En commentant cette expérience, Sézary dit : « Ceci prouve que, quand la cause qui produit la réaction n'est pas humorale (comme dans l'urticaire), elle ne peut se trouver que dans la peau elle-même. Il s'agit donc bien d'une allergie tissulaire, localisée à la peau et, plus spécialement dans l'eczéma, à l'épiderme. »

Indépendamment de toute altération de l'équilibre humoral du sujet, il existe d'une façon indéniable un état particulier au niveau des régions tégumentaires

atteintes d'eczéma circonscrit ; dans l'état actuel de nos connaissances, il semble impossible de dire lequel des deux facteurs, eczéma et état eczémateux, est la conséquence de l'autre. Mais en admettant, avec Sézary, l'existence de cette fragilité localisée qu'il nomme allergie locale, il semble pour le moins vraisemblable que l'auto-hémothérapie directe du foyer eczémateux agit en tant que protéinothérapie non spécifique à l'action localisée au territoire atteint.

L'influence du traitement sur les névrodermites circonscrites nous semble explicable par un mécanisme voisin. Mais ici, l'action du prurit étant incontestablement prédominante, un rôle important est certainement dévolu à l'effet anesthésique.

Conclusions

1^o Les indications des injections locales d'un mélange de sang et de novocaïne peuvent être nettement posées et n'englobent que les eczémas et les lichénifications *circonscrits*. On trouvera avantage à y recourir dans les cas qui résistent aux méthodes thérapeutiques usuelles, notamment à l'auto-hémothérapie pratiquée selon la méthode classique, qui garde ses droits dans l'eczéma généralisé ;

2^o Son efficacité, dans la grosse majorité des cas, se manifeste par un effet immédiat qui est la cessation du prurit et par une action secondaire, mais pourtant précoce, sur l'aspect objectif de la lésion ;

3^o La pratique des injections locales offre au praticien une méthode simple et d'une technique facile, l'instrumentation et la préparation du mélange injectable pouvant être obtenues partout extemporanément.

Vu : le Président de la thèse,
LOEPER.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BROcq. — Quelques aperçus sur les dermatites prurigineuses et sur les anciens lichens. *Internat. Dermat. Congress, Wien*, 1893, p. 519.
- BÉCART. — Prurit et auto-hémothérapie. *Soc. de méd. de Paris*, 8 mai 1925.
- SÉZARY et BENOIST. — Traitement du prurit et des dermatoses prurigineuses par la méthode de LEBEOJEV. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 30 déc. 1927.
- FUSTER (E.). — Traitement des affections neuro-cutanées. Paris, 1929.
- PAUTRIER. — Contribution à l'étude des lichénifications anormales. Les lichénifications circonscrites nodulaires chroniques. *Annales de Derm. et de Syph.*, 1922, p. 49.
- HAMBURGER (M.). — Traitement des névrodermites et des eczémas localisés par la distension cutanée et l'auto-hémothérapie locale. *Bulletin Médical*, n° 15, 9 avril 1932, p. 263.
- LÉVY-FRANCKEL et GERSON (L.). — Les injections sous-cutanées locales de sérum physiologique dans les prurits et eczémas lichénifiés. *Soc. Méd. de l'Opéra*, 11 février 1932, et *Journ. de Médecine de Paris*, n° 17, 28 avril 1932, p. 337.
- TRUONG van VINH. — Traitement des eczémas lichénifiés d'ancienne date et des prurits localisés par des injections sous-cutanées locales de sérum physiologique. Thèse Paris, Jouve, 1933.

- TZANCK (A.), BERGER (O.) et SIDI (E.). — Traitement des prurits localisés et des eczèmes circonscrits par des injections locales de novocaïne et auto-hémothérapie. *Soc. de Derm. et de Syph.*, séance du 14 déc. 1933.
- SÉDILLOT (L.). — L'eczéma, l'urticaire et les dermatoses prurigineuses. Paris, 1934.
- CHAPUIS (P.). — Contribution à l'étude du traitement du prurit ano-vulvaire. Thèse Paris, Jouve, 1934.
- DEJUST, VERNE, CONDE, PARAT et URBAIN. — Etudes sur la chimie physiologique de la peau. Paris, 1928.
- SICARD et FORESTIER. — L'huile iodée en clinique. Applications thérapeutiques et diagnostiques. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 février 1923.
- BENSAUDE et CHÈNE. — Traitement du prurit anal par les injections sous-cutanées anesthésiantes. *Journal méd. Français*, XVIII, 12 février 1929, p. 81.
- SÉZARY (A.). — Eczéma et allergie. *Presse méd.*, 15 nov. 1933, p. 1772.
- SABOURAUD (R.). — L'eczéma. *Presse méd.*, 16 février 1932, p. 217.
- DARIER (I.) et FRANCK (A.). — Le traitement actuel de l'eczéma. *Presse méd.*, 17 janvier 1931, p. 73.
- JAUSION (H.) et LENÈGRE. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczèmes et sa preuve thérapeutique. *Bull. doc. de Derm. et Syph.*, n° 2, février 1928.
- JAUSION (H.), COT (P.) et SOHIER (R.). — Le traitement des eczèmes, maladies de sensibilisation. *Soc. méd. des Hôp.*, 29 nov. 1929.
- LUTHLEN (Wien). — Experimentelle Untersuchungen über intrakutane Injektionen. *Deutsche Dermatologische Gesellschaft*, 14 sept. 1926.
- DOERN (Basel). — Ueber Allergie und allergische Hauterkrankungen. *Deutsche dermatologische Gesellschaft*, 14 sept. 1926.

- PERUTZ (A.). — Zur Pathogenese und Therapie des akuten Dermatitis. *Arch. für dermatologie und Syphilis*, 1931, p. 295.
- PHILIPPSON (A.). — Ekzem und Psoriasisbehandlung. *Aerztlichen Verein Hamburg*, 24 mai 1931.
- BERGER (O.). — Die Ausschaltung der Injektionen in der Therapie hartnäckigen Ekzeme. *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1931, n° 25.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	11
Etat actuel du traitement de l'eczéma et de la lichénification circonscrite.....	15
Les injections locales.....	19
Technique.....	24
Résultats.....	26
Observations.....	28
Mécanisme d'action des injections thérapeutiques sous- lésionnelles.....	39
Conclusions.....	47
Bibliographie.....	48
